

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 130

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
REPOSITION SANGLANTE
DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Avril 1932

PAR

Jean-Baptiste-Bernard-François-Raymond CLAVÉ

Né à PONTENX-LES-FORGES (Landes), le 20 août 1908.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. BÉGUIN, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 130

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

REPOSITION SANGLANTE

DANS LES

LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Avril 1932

PAR

Jean-Baptiste-Bernard-François-Raymond CLAVÉ

Né à PONTENX-LES-FORGES (Landes), le 20 août 1908.

Examinateurs de la Thèse	}	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Clinique biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE

Il a dirigé mes premières études, que l'hommage de ce travail qui en marque la fin et qu'il surveilla lui prouve ma reconnaissance et ma respectueuse affection.

A MON PERE
LE DOCTEUR CLAVÉ

Si peu de chose à côté de ma reconnaissance et de mon amour.

A MA MERE

A MON ONCLE

D. RAMON SALA Y PERERA

Ingénieur.

En remerciement pour tout ce qu'il a
fait pour moi, qu'il trouve ici toute mon
affection.

A MON FRERE

A MA SOEUR

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

En toute affection.

A MON AMI

LE DOCTEUR NED GALMOT

Souvenirs, amitié.

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDES ET DE JEU

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

Médecin honoraire de hôpitaux.

En remerciement pour la sympathie
qu'il m'a témoignée ainsi qu'à ceux qui
me sont chers.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

*Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui m'a donné le sujet de cette thèse
et m'a aidé avec sympathie comme dans
toutes mes études.

Qu'il en soit remercié.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse, en hommage de
respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
REPOSITION SANGLANTE
DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

AVANT-PROPOS

Au moment de choisir notre sujet de thèse, nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. le Professeur Papin, une opération sur une épaule luxée depuis plus d'un an.

La rareté de ce cas, l'opération elle-même et ses résultats immédiats nous ont amené à en faire notre sujet de thèse.

Dans les recherches faites dans les services chirurgicaux, nous n'avons pu trouver qu'une opération faite en 1923 dans le service de M. le Professeur Charrier.

Ajoutant à ces observations inédites les résumés des principales opérations similaires trouvées dans la littérature récente, nous avons essayé, dans ce modeste ouvrage, de résumer la technique actuelle, qui semble être arrivée à une formule définitive après bien des études et des recherches.

Guidée par la radio et des moyens très sûrs de diagnostic, elle devrait donner de magnifiques résultats. Il semble bien qu'il n'en soit pas ainsi. Et même, eu égard aux résultats jus-

qu'ici obtenus, cette opération vaut-elle vraiment la peine d'être faite ?

C'est ce qui sera l'objet de notre conclusion après que, rapidement, nous aurons, au long des chapitres, vu la définition de la luxation ancienne, les recherches faites pour arriver à une formule simple et définitive de la reposition, après un bref exposé de la technique, de nos observations et le résumé de celles que nous avons trouvées dans nos lectures, enfin les différentes conclusions que nous avons été amené à faire.

Avant de commencer ce travail, nous remercions M. le Professeur agrégé Papin, qui, après nous avoir donné notre sujet, nous a toujours très amicalement aidé, ne démentant pas cette sympathie dont il nous a honoré pendant toutes nos études.

Merci aussi à M. le Professeur Charrier, qui nous a permis de joindre la seconde observation et mis en relations avec M. Chauvenet, chirurgien à Thouars, qui nous a donné tous renseignements.

Nos remerciements respectueux à M. le Professeur Bégouin, qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Avant de parler de technique opératoire, il faut d'abord parler du mal lui-même.

Qu'est-ce qu'une luxation ancienne de l'épaule ?

Tous les auteurs qui ont parlé de la question ont chacun donné leur avis à ce sujet. Peu à peu, grâce à ces recherches de précision, une formule s'est appliquée, résumé de tous les travaux antérieurs.

Amabilis, dans un ouvrage récent fait à Paris, sous la direction de Louis Bazy, spécialisé dans la question, a donné une formule heureuse :

« Nous considérons comme ancienne toute luxation vicieusement cicatrisée. » (Amabilis, thèse Paris, 1920-1921.)

Heureuse, en effet, puisqu'il donne le meilleur état de cette luxation dont les tissus cicatriciels, obstacles définitifs de la réadaptation, sont véritablement cause de l'ancienneté.

Car, qui dit ancienne ne dit pas nécessairement vieille, comme on peut le croire. « Cette ancienneté n'a pas d'âge », comme judicieusement l'a fait remarquer Tixier. Dès qu'une luxation non remise, siège de lésions cicatricielles, tend sans remède à un état anatomique définitif, différent de l'état normal, elle peut être dite ancienne. C'est pourquoi les auteurs ont coutume de dire qu'une luxation devient ancienne entre douze jours et trois mois, temps minimum pour que cette luxation non réduite devienne une formation articulaire nouvelle.

Fort rares d'ailleurs sont ces luxations à l'heure actuelle. Il faut pour trouver un cas réunir plusieurs circonstances peu communes.

Lucas-Championnière cite le cas d'un médecin qui, long-

temps, ignore sa luxation et qui, complètement habitué quand il s'en aperçut, ne fut pas opéré. Ignorer une luxation est un cas assez rare pour le citer, trop rare pour que nous y fassions attention. Il restera probablement unique. Nous n'en parlerons pas.

Plusieurs raisons conditionnent une luxation ancienne.

1° Une *raison physique* d'abord, et c'est la luxation irréductible d'emblée, qui aussitôt devient une luxation ancienne irréductible. Le cas lui aussi est rare.

2° Une *raison médicale*, qui est l'erreur de diagnostic. Raison qui tend de plus en plus à disparaître, maintenant que la radio précise l'examen et que, d'autre part, la si grande facilité d'avoir recours au chirurgien enlève au médecin toute chance d'erreur ou de découragement dans une luxation difficile.

3° Une *raison psychologique*, et c'est, au moins si nous en jugeons par nos deux observations, la plus importante.

Psychologique propre d'abord (obs. I), c'est-à-dire que des personnes à l'intelligence peu développée peuvent, par apathie, supporter bien des maux, plutôt que d'avoir recours au médecin et lui demander conseil, du moment qu'il leur reste bien des mouvements qui vont en s'améliorant. Notre malade a supporté six mois sa luxation et ne serait pas allée trouver le médecin si elle n'avait pas souffert.

L'autre raison est plus sociale que psychologique. Elle est caractérisée par le « rebouteux », encore de nos jours le plus coupable de nos luxations anciennes. Combien de paysans vont de toute urgence voir le rebouteux plutôt que le docteur !

Que la luxation soit facile, et tout va bien. Qu'il y ait un peu de difficulté, et, après bien des efforts, le rebouteux renverra comme étant guéri un patient, toujours porteur d'une luxation de l'épaule, mais à qui l'adaptation aura permis quelques mouvements et qui en sera fort heureux.

Notre second malade a eu recours à un rebouteux qui lui laissa bel et bien son épaule luxée.

La première malade, elle, avoue une intervention étrangère à la médecine, sans en préciser davantage les manœuvres.

Toutes circonstances qui rendent rares les luxations anciennes de l'épaule.

L'échec proprement dit des manœuvres externes a été lui aussi diminué beaucoup par l'usage des anesthésiques généraux. Une anesthésie proprement conduite, évitant, par conséquent, la réaction des réflexes profonds qui peuvent amener syncope et mort, a permis d'effectuer des manœuvres que la douleur rendait auparavant impossibles sur des personnes susceptibles. Simplement, d'ailleurs, par son effet sur la laxité musculaire, de gros avantages en ont résulté. Nous dirons plus loin l'avantage de cette anesthésie et des manœuvres effectuées avant une reposition sanglante.

Et c'est alors, suivant la phrase de Morestin au Congrès de 1911, que l'on pourrait dire :

« Si un sujet est jeune ou simplement robuste, si la luxation n'est pas trop ancienne et si les manœuvres non sanglantes exécutées avec patience, d'une façon judicieuse et très minutieusement réglées, sont demeurées impuissantes même sous l'anesthésie, je pense qu'à l'heure actuelle, dans un service chirurgical convenablement installé, on ne doit pas hésiter à agir. »

Agir ! Deux méthodes ont toujours été en présence. On choisit tantôt l'une, tantôt l'autre : la résection et la reposition.

Résumons leur histoire et voyons-en les avantages.

CHAPITRE II

RESECTION OU REPOSITION

Historique et avantages.

Depuis longtemps déjà, on faisait des résections quand Kecthley, en 1890, fit le premier une arthrotomie ou reposition sanglante.

Cette reposition apparaissait à tous beaucoup plus dangereuse que la résection, et d'illustres chirurgiens s'occupaient à l'améliorer. Nelaton en 1888, Delbet en 1893, Severeannu et Moreau s'attachaient à régler un mode opératoire qui permettrait de remplacer la résection par la reposition.

Mais elle présentait beaucoup de dangers et de difficultés.

Aveugle, bridée par des incisions insuffisamment élargies, elle ne donnait pas un grand espace au chirurgien. Il fallait pourtant libérer la tête humérale, travailler sans cesse à côté du paquet vasculo-nerveux, qui s'interposait, souvent englobé dans une masse fibreuse de néoformation, dégager la glène scapulaire, encombrée parfois jusqu'à ne plus laisser la place de la tête humérale, vérifier les surfaces articulaires. Tout cela avec peu de liberté, toujours dans la crainte d'une atteinte des vaisseaux.

Avec tant de difficultés, dans ces conditions désavantageuses, les résultats étaient peu probants et peu encourageants.

C'est à ce moment que, dans les statistiques des auteurs français ou étrangers, Koehler en particulier, nous trouvons des infections, des arthrites suppurées, des paralysies, ou même des morts par ruptures des vaisseaux axillaires, qui nous font comprendre le peu de goût des chirurgiens pour

la reposition. Souvent, même, une impotence totale remplaçait après l'opération une impotence partielle, à laquelle le patient était habitué.

La résection avait beau jeu. Plus facile, plus étudiée, elle évitait tous les inconvénients de la reposition. Plus de blessures de vaisseaux, plus d'infection et une impotence partielle postopératoire.

Voici ce que Rais, dans sa thèse (1909-1910, Paris), dit des résultats :

« A un examen superficiel, la résection donne une impression plus favorable, une impression d'agilité du bras : les muscles, donnant l'impulsion à l'humérus, lancent celui-ci en quelque sorte et font s'ajouter le mouvement passif au mouvement actif. On dit aussitôt que l'épaule a recouvré tous ses mouvements, et l'on verra que c'est un trompe-l'œil. Tel malade qui peut ainsi « lancer » sa main sur sa tête éprouve les plus grandes difficultés à porter à sa bouche une cuillerée de soupe. »

C'est en deux temps, en effet, que les mouvements actifs : propulsion, rétropropulsion, peuvent se faire.

D'abord, une recherche du point d'appui pour l'humérus réséqué, et alors seulement le mouvement peut se produire dans une ampleur forcément diminuée et une force bien inférieure.

Ce tableau, pour être satisfaisant, n'est pas brillant.

C'est ce qui a fait dire à M. Morestin :

« La résection ne nous satisfait pas pleinement. Elle peut fournir des résultats honorables, et même bons, au point de vue fonctionnel. Elle ne restaure jamais la forme, et la fonction même laisse à désirer. C'est une opération mutilante, à laquelle il faudrait essayer de substituer plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici la reposition. »

Normalement, l'épaule est une articulation plus mobile que forte. Mais si cette mobilité n'est pas soutenue par une articulation solide, son utilité devient parfaitement douteuse.

C'est, comme il ressort du tableau qui précède, le cas des mouvements actifs de la résection, reposant sur un point d'appui qui n'a rien de solide.

La reposition, au contraire, même si elle laisse diminuée l'amplitude des mouvements du bras, laisse une solide articulation, sur laquelle ils peuvent s'appuyer. Pour l'utilisation postérieure du bras, ce résultat semble meilleur, surtout dans le cas des travailleurs manuels, qui sont les plus sujets aux luxations de l'épaule.

Si on arrivait donc à supprimer les dangers de l'opération de reposition, le résultat semblerait devoir être meilleur.

A l'heure actuelle seulement, où cela est réalisé, il paraît facile de mettre fin aux débats.

Sur une luxation ancienne d'un individu bien portant, il vaut mieux tenter la reposition, qui laissera plus de forces, sinon autant de souplesse.

D'ailleurs pourquoi ne pas considérer la reposition comme une opération d'essai, capable d'être corrigée plus tard par une résection définitive, si les résultats obtenus paraissent devoir en être améliorés ?

Nous faisons, d'ailleurs, dans ce débat une large part aux indications de la résection. Un grand délabrement, une fracture de la tête ou acromiale, des surfaces articulaires trop abîmées, ne laissent aucune place possible à la reposition.

Mais comment est-on arrivé à donner une formule définitive de la reposition ? Quelle est-elle, et avec quels résultats ?

CHAPITRE III

REPOSITION : DIVERSES TECHNIQUES

Il fallait, pour faire de la reposition une opération sans danger, écarter tous obstacles, éclairer largement le champ d'action pour arriver sans difficulté sur les parties à traiter.

La tête humérale d'abord, qu'il faut détacher de ses adhérences et luxer de nouveau hors de la néarthrose, qui s'est formée.

Rectifier ensuite la glène scapulaire souvent obstruée (Obs. II) par des néoformations fibreuses.

Il faut ainsi dégager le trajet qui permettra à la tête de réintégrer sa position primitive.

La question importante, par conséquent, était de trouver une incision et de créer une voie d'accès qui, sans délabrement excessif, permet de tout atteindre et d'effectuer ces divers temps opératoires.

Comme nous allons le voir, toutes les voies d'accès ont été essayées, chacune avec des incisions particulières et avec plus ou moins de réussites.

Nous empruntons cette nomenclature à un article récent de MM. Charrier et Chauvenet, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* en 1925.

1° La *voie postérieure* d'abord, étudiée par Nelaton, Morris, Spencer, Kocher et Picqué, pratiquée de 1890 à 1910, permettait d'arriver à la glène scapulaire.

Son incision allait de l'interligne omoclaviculaire au bord externe de l'omoplate en passant par le milieu de l'épine.

Après avoir causé quelques déboires à Delbet et Brochart, elle fut abandonnée. Elle laissait « loin de la tête humérale »,

loin du danger aussi parce que loin du paquet vasculo-nerveux.

2° La *voie externe* avec les débridements de Neurodofet et Severeannu a les mêmes inconvénients.

3° La *voie axillaire*, comme l'indique son nom, utilise une incision axillaire, et par cette voie gagne la région malade.

Proposée par Langenbeck en 1887, elle a été employée par Paulet assez souvent.

En 1910, Schlange, au Congrès allemand de chirurgie, donne un grand nombre de cas où il l'a employée. Il aurait eu de nombreux succès et surtout deux cas parfaits « aptes au service militaire ».

Malgré le bien-fondé de cette méthode, qui consiste à faire ainsi face au danger en passant si près du paquet vasculaire, l'opération n'en est pas moins délicate. Et malgré ces résultats quasi miraculeux, nous n'avons pas trouvé d'autres traces dans la littérature. Cette méthode paraît être fort rarement employée.

4° La *voie antérieure*. C'est celle qui a été employée dans les deux cas que nous citons et ceux que nous avons résumé.

Depuis le Congrès de chirurgie de 1922, elle est devenue une opération classique. Bazy, qui a généralement étudié ces interventions, reprenant et complétant les essais de Morestin, en a donné une définition excellente qui fera le sujet de notre autre chapitre.

Elle a été beaucoup étudiée dans ses voies d'accès surtout et dans son rythme opératoire. Il semble peu probable qu'on puisse l'améliorer à l'heure actuelle, malgré ces résultats peu probants. Mais nous parlons d'abord « théorie », elle est si loin des résultats pratiques.

CHAPITRE IV

LA VOIE ANTERIEURE — VOIES D'ACCES

Technique de Morestin-Bazy.

Pour faire de la reposition une opération classique, il fallait une voie d'accès plus sûre. A côté des échecs des voies postérieures, externes et axillaires, on jugea facilement des avantages de la voie antérieure.

Mais si l'opération était déjà réglée à peu près, les incisions nombreuses n'étaient pas encore arrivées au but à elles proposé, accès d'abord à la tête humérale, accès ensuite à la glène scapulaire.

C'est ainsi que :

1° Les *diverses incisions verticales* d'Ollier, Farabeuf, Lagenbeck, allant de l'espace interacromio-coracoïdien sur la face externe du bras, sectionnant le deltoïde parallèlement à ses fibres, donnaient du jour sur la glène scapulaire laissant loin de la tête humérale;

2° Les *incisions horizontales* de Demons et Legros, allant de l'acromion à l'apophyse coracoïde, laissent à désirer dans la difficulté à récliner les muscles;

3° Monod et Vanverts ont allié l'incision de Farabeuf et celle de Demons avec leur *incision mixte*. Mais celle-ci elle-même, qui est la plus acceptable de toutes, reste encore délicate, car son incision horizontale n'atteint qu'une région, la néarthrose;

4° Morestin proposa une modification à cette incision qui donna toute facilité. Bazy lui aussi la préconisa dans la thèse de son élève Amabilis.

Cette incision de Morestin-Bazy descend de la face antérieure de la clavicule au-dessus de l'acromion, jusqu'à la partie supérieure de la face interne du bras, ou mieux, peut suivre le sillon delto-pectoral. Elle est complétée par une incision parallèle à la clavicule en dedans sectionnant les fibres du petit pectoral. On y ajoute une petite incision allant jusqu'à la partie externe de l'acromion en dehors, cela lui donne la forme d'un T.

Cette légère modification, sans être beaucoup plus large, donne une plus grande surface.

Cette incision, complétée par la section du sous-scapulaire, proposée et faite par Dollinger, donne assez de « ciel ouvert ». Mais il a fallu remédier à l'opposition faite par le plan coraco-biceps.

C'est la seconde partie importante de l'intervention, la section de l'apophyse coracoïde à son extrémité.

Demons en 1897, Legros en 1901, Morestin en 1910, ont réglé ce détail et l'ont incorporé dans la technique opératoire. et Morestin n'hésite pas à en faire un acte essentiel, « qui permet d'éclairer le champ opératoire, d'agir directement, d'examiner entièrement et la tête et la glène, de reconnaître d'une façon très exacte, de voir et de toucher les causes d'irréductibilité et d'apporter dans cette chirurgie la précision, la netteté, sans lesquelles les tentatives de reposition resteront trop souvent infructueuses. »

On sectionne donc l'apophyse coracoïde en ayant bien soin d'éviter une section trop grande de peur d'abîmer la voûte scapulaire et on la récline en bas et en dedans avec le paquet musculaire qui s'y rattache.

La place est claire : on a ainsi facilement accès à la néarthrose, à la tête humérale, et au paquet vasculo-nerveux qui toujours est en dedans d'elle, enfin à la glène humérale.

Il ne reste plus qu'à faire l'opération classique de reposition, telle qu'elle a été écrite.

1° Dégagement de la tête humérale et à cet égard un détail de manœuvre opératoire déjà figuré par Andrews en 1905 a son importance.

C'est l'association des manœuvres externes à l'intervention. Pour dégager la tête, on pratique sur le bras une manœuvre douce de Kocher. Cette manœuvre a pour but, en faisant rouler la tête luxée, de tendre chaque fois les adhérences qui se sont formées. Elles se présentent ainsi tendues sous le couteau du chirurgien qui les rompt beaucoup plus facilement.

2° Le dégagement du paquet vasculo-nerveux qui souvent est entouré (Obs. II) d'une masse fibreuse adhérente.

3° Réfection de la glène scapulaire, souvent encombrée de néoformations (Obs. II) et agrandissement de la boutonnière de luxation.

4° Réintégration de la tête, une pince servant de levier et sous l'action de manœuvres externes douces. Elle peut être fort facile (Obs. I) ou excessivement difficile (Obs. II), la tête tendant à reprendre sa position luxée devenue habituelle.

5° C'est ensuite la réfection de la paroi musculaire en assujettissant de nouveau l'apophyse coracoïde avec quelques points de catgut chromé, l'emploi du bronze pouvant plus facilement amener de l'infection (Obs. II).

6° Enfin, après avoir installé un drainage supérieur, on suture la paroi.

C'est ainsi réglée, que l'opération est devenue classique. Elle reste cependant longue et pénible, mais malgré tout les suites opératoires sont considérablement améliorées. Car si tout va bien, la mobilisation peut se faire après suppression du pansement dix jours après l'intervention.

Rapidement, le malade récupère. Mais avant d'envisager les résultats, voyons les observations.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous présentons deux observations, caractéristiques de luxations anciennes, datant l'une de un an, l'autre de six mois, et opérées avec la même technique.

Dans la première, nous pourrions voir les résultats immédiats de l'intervention; l'autre, opérée il y a cinq ans, nous donnera les résultats éloignés.

Toutes deux ont été exécutées suivant cette technique, cependant la première (Obs. I) a profité du débridement plus large dont nous avons parlé au sujet de l'incision.

OBSERVATION I (Inédite).

(Service de M. le Professeur PAPIN.)

R... (Suzanne), 52 ans, campagnarde, à Espiet (Gironde).

Le 9 février 1931, la malade conduisait une vache au pâturage à l'aide d'une corde. Excitée par un bruit violent, la bête prend peur, tire violemment sur la corde, entraînant la paysanne, qui tombe sur le sol, son bras droit en « abduction forcée ».

La malade ressent une vive douleur. Aussitôt les mouvements d'abduction, d'élévation et de circonduction sont abolis ou presque nuls. Pas d'ecchymoses.



Cette impotence fonctionnelle partielle n'est pas suivie de troubles de la sensibilité.

Immédiatement, comme la douleur disparaît, une personne de l'assistance a recours à un « sorcier », qui, sans se livrer à des manœuvres violentes, « touche le bras », dit la malade, et fait faire des cataplasmes de guimauve.

Il ne nous semble pas qu'il ait fait des manœuvres externes.

La malade s'habitue peu à peu à sa luxation. Elle commence à « naviguer » coude et main. Le bras cependant reste immobile.

Comme la douleur reprend, la malade, après avoir vu plusieurs médecins, est décidée par le Docteur Lachapelle à entrer à l'Hôpital Saint-André le 6 janvier 1932, douze mois après sa luxation.

Examen. — Saine, sans antécédents pathologiques, mais à l'intelligence fort obtuse, la malade présente de face un M. S. D. qui paraît allongé et dont le coude ne peut s'approcher du thorax. L'axe du bras, au lieu d'aboutir à l'acromion, se dirige en dedans et au-dessus de l'apophyse coracoïde.

Le moignon de l'épaule n'est pas rond. Il présente la classique déformation en « épaulette », et, à quatre doigts au-dessous de l'acromion, on voit une dépression profonde répondant bien elle aussi à l'appellation classique de « coup de hache » et qui correspond à l'insertion inférieure du deltoïde.

Le creux sous-claviculaire droit est effacé par rapport au creux gauche.

A la palpation, l'index peut pénétrer légèrement dans la glène scapulaire.

Sous la coracoïde, on sent une masse, qui est la tête de l'humérus, car elle se mobilise à tous les mouvements provoqués. Tous ces mouvements entraînent l'omoplate.

La radio (fig. 2) confirme le diagnostic porté de luxation sous-coracoïdienne droite, sans déformation, semble-t-il, ni fracture.

On décide la reposition le 21 janvier 1932, et la malade est opérée, mais sans avoir été l'objet auparavant de manœuvres externes sous anesthésie, pour essayer de rompre les adhérences, au moins en partie.

Intervention. — Incision dans le sillon delto-pectoral, complétée

ensuite par une incision horizontale qui va en arrière jusqu'au-dessous de l'acromion, sectionnant horizontalement le deltoïde.

On sectionne au ciseau l'apophyse coracoïde, que l'on rabat ensuite avec le paquet musculaire coraco-bicipital, petit pectoral. ce qui permet d'arriver par une voie large sur le sous-scapulaire et la capsule. Celle-ci est incisée sur la tête humérale en continuant cette section en haut et en bas.

On ouvre ensuite la néarthrose que la tête s'est créée sur la face antérieure de l'omoplate.

En introduisant une rugine au delà du rebord glénoïdien, on pénètre dans l'ancienne cavité, qui, heureusement, a conservé quelque ampleur et que l'on dégage complètement.

Un mouvement interne du bras sur la rugine servant de levier fait facilement réintégrer la tête dans la cavité. La luxation est réduite.

Suture du sous-scapulaire à la capsule. L'apophyse coracoïde remise en place est suturée par trois points de catgut chromé.

Réfection du deltoïde et du grand pectoral. Mise en place des drains.

Suture de la paroi aux crins de Florence.

Suites opératoires. — La malade n'a pas de réactions. Le bras est mobilisé au dixième jour et récupère très vite les mouvements qu'il avait avant la reposition.

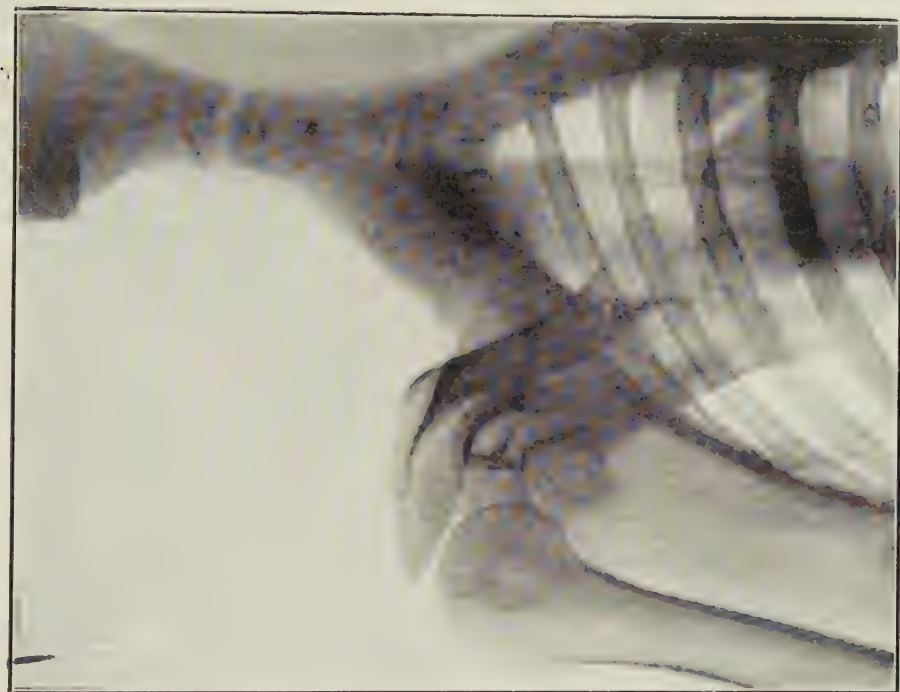
Les déformations extérieures de l'épaule que présentait la malade avant l'intervention ont complètement disparu (fig. 2).

Elle ne souffre plus et paraît rapidement s'améliorer. Elle quitte l'hôpital vingt jours après.

La radio prise ce jour montre toute l'articulation parfaitement en place et normale.

De l'exercice, du massage, doivent rendre beaucoup de progrès à l'état actuel de la malade.

Si le résultat anatomique est satisfaisant, le résultat fonctionnel au contraire est très médiocre. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont à peu près nuls. La malade mobilise son membre supérieur, surtout en mobilisant son omoplate. Les mouvements du coude et du poignet restent normaux. Le seul bénéfice



Clavé (p. 26).

que lui a donné l'intervention, en dehors du point de vue esthétique et anatomique, est que les mouvements du coude lui servent actuellement plus qu'avant, du fait que son humérus peut être rapproché du tronc, tandis qu'avec la luxation il en restait écarté en abduction.

OBSERVATION II (Inédite).

(Service de M. le Professeur CHARRIER.)

Le malade F..., 54 ans, cultivateur, solide, musclé, sans antécédents pathologiques.

Ces dernières années, deux déboîtements de l'articulation scapulo-humérale droite, réduits aussitôt par un « rebouteux ».

Le 12 novembre 1924, nouvelle luxation. Le même rebouteux fait une tentative et renvoie le malade comme guéri, en réalité sans avoir rien changé à l'épaule, qui reste luxée.

Le 18 mars 1925, le malade, sur les conseils du Docteur Favre, de Saint-André-de-Cubzac, entre à l'Hôpital Saint-André, dans le service de M. Charrier.

Il présente une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite, avec une atrophie assez marquée de son deltoïde, sans perte de sensibilité. Il a acquis quelques mouvements de son bras. Cependant, il ne peut l'écarter du corps de plus de 15 à 20 centimètres.

Le 20 mars, tentative de réduction sous anesthésie générale. On n'obtient aucun succès, même par des manœuvres répétées.

Opération le 28 mars 1925.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Incision et technique de Morestin-Bazy. La veine céphalique volumineuse est réséquée. On écarte les lèvres du sillon inter-délto-pectoral et on fait un débridement intéressant les fibres les plus internes du deltoïde et les plus externes du grand pectoral.

Section de l'apophyse coracoïde et rabattement en dedans et en bas du paquet musculaire coraco-bicipital, petit pectoral. Dès ce temps opératoire, on tombe dans une masse d'aspect fibreux, dans laquelle on ne peut différencier le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, mais que l'on parvient à détacher et à récliner en bas et en dedans.

On aperçoit alors le tendon du sous-scapulaire, qui est soulevé par la tête humérale luxée.

On le sectionne en biseau. Au-dessous, la tête humérale apparaît englobée dans des adhérences fibreuses, que l'on dissèque difficilement; la tête est luxée de la néarthrose qu'elle occupe.

Sur la tête libérée, on voit une lésion trochantérienne qui semble correspondre à une fracture parcellaire. Pas de lésions marquées du cartilage articulaire, pas de déformation capitale.

On aperçoit enfin la glène scapulaire, méconnaissable, diminuée de surface et surtout comblée par un tissu extrêmement épais et résistant sur lequel la curette tranchante glisse et crie. On façonne comme l'on peut cette cavité glénoïde.

Ces obstacles amènent même une hésitation à pratiquer la reposition et on se demande si l'on ne va pas pratiquer une résection de la tête humérale.

Cependant, après de gros efforts, on parvient à réduire à peu près la tête.

Puis on comble la néarthrose en un temps très délicat et les points sont faits avec un gros catgut, minutieusement.

On fait la suture du tendon du sous-scapulaire sectionné et du surtout fibreux péri capsulaire.

La coracoïde est enfin suturée avec un fil de bronze aluminium.

Réfection de la paroi. Drainage à la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires. — Au bout de quinze jours, malgré une rigoureuse asepsie, désunion de la plaie, et on est obligé d'enlever le fil coracoïdien.

Le malade actuellement a un point encore non cicatrisé.

Le dixième jour après l'intervention, le membre est mobilisé prudemment.

A l'heure actuelle, résultat pas très favorable. Le malade a retrouvé à peu près la mobilité relative qu'il avait avant l'intervention. Il présente un peu d'œdème du membre supérieur. Massage et mobilisation arriveront, nous l'espérons, à améliorer notablement ce résultat.

Cette observation et ces résultats précoces ont été publiés par

MM. Charrier et Chauvenet dans le *Journal de médecine* du 10 août 1925.

Nous n'avons pu retrouver le malade actuellement, mais un examen fait trois ans après l'opération, en 1929, donne des résultats très douteux.

Le bras malade habitué n'a récupéré que peu de mouvements, sans autres inconvénients cependant, ni atrophie ni paralysie.

Pour pouvoir juger sur une plus grande échelle des résultats obtenus par la reposition, nous avons résumé plusieurs cas trouvés dans la littérature.

Ils sont eux aussi les résultats d'opérations faites par la voie antérieure, suivant les différentes modifications données par chaque auteur.

Nous n'avons pu retrouver aucune luxation datant de plus d'un an, et une seule atteint cet âge, celle de Jonas.

Nous ne faisons pas mention de luxations opérées par d'autres voies — postérieures ou autres — sauf les deux cas de Schlange, déclarés par lui aptes au service militaire après l'opération, de miraculeux résultats ressortant beaucoup à côté des autres résultats obtenus.

Nous avons donc ainsi résumé 49 cas, dont 5 seulement ont été opérés par une autre méthode que la voie antérieure.

AUTEURS ET ORIGINE	VARIÉTÉS	TEMPS ÉCoulÉ	TECHNIQUE	RÉSULTATS
CIVEL. — <i>Bull. et mém. Soc. chir. Rapp. Piquet</i> , 1895, p. 162.	Intracoracoïdienne.	5 mois.	Voie antérieure.	7 mois après : Mouvements s'exécutent avec peine ; atroph. muscul. accentuée.
CIVEL. — <i>Bull. et mém. Soc. chir. Rapp. Reclus</i> , p. 491.	Sous-coracoïdienne douloureuse.	55 jours.	Ollier-Nélaton.	10 mois après : Mouvements conservés, cessation des douleurs.
DELAGÈNIÈRE. — <i>Bull. et mém. Soc. chir. Rapp. Nélaton</i> , 1898, p. 160.	Sous-coracoïdienne compliquée de fractures.	3 mois 1/2.	Incis. antér. verticale.	Fournill. des doigts, douleurs spontanées, mouvements adp. limités.
RICARD. — <i>Bull. et mém. Soc. chir.</i> , 1898, p. 206.	Intracoracoïdienne.	6 semaines.	Incis. angul. Désinsertion du deltoïde.	4 mois après : Intégralité des mouvements.
MORESTIN. — <i>In Thèse Rais</i> , 1910.	Intracoracoïdienne.	3 mois.	Voie antér. T. Morestin.	Quelques mois après : Tous mouvements permis, sauf abduction.
JEANNE. — <i>Normand. méd.</i> , 1910.	Intracoracoïdienne.	3 mois.	Voie antérieure. M. B.	Tous mouvements rétablis.
TOLBERT. — <i>Soc. de chir.</i> , 1908, p. 364.	Sous-coracoïdienne.	56 jours.	Voie antérieure.	Trembl. fil. du delt. Abduction 45°. Fatigue rapide.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	5 mois.	Morestin.	Mouv. antéro-post. diminués de 1/3.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	2 mois.	Morestin.	Abduct. n'atteindrait pas l'horizontale.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	43 semaines.	Incis. bord infér. du grand pectoral.	Mouv. libres, mais diminués, surtout abduction.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	6 mois.	Morestin-Bazy.	2 ans après : Mouv. libres diminués, atrophie du deltoïde.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	1 an.	Morestin-Bazy.	Mouvements libres très diminués.
JONAS. — <i>Annals of Surgery</i> . N. Y. U. S. A., p. 890.	Sous-coracoïdienne.	35 jours.	Morestin-Bazy.	Mouv. à peu près normaux, sauf abduction qui n'atteint pas l'horizontale.
DARRACH. — <i>Annals of Surgery</i> . 1913, N. Y.	Sous-coracoïdienne.	Anciennes.	Morestin-Bazy.	3 ans après : Bonne mobilité. Tête humérale en place. Deltoïde paralysé.
SCHLANGUE. — Congrès de chirurgie, 1910 (All.).	2 luxations.		V. l'axillaire.	Après au service ?
MORESTIN. — <i>Rais</i> , 1909.	Sous-coracoïdienne.	9 mois.	Reposition.	Abduction nulle. Reste bon.
ROCHARD.	Intracoracoïdienne.	6 mois.	Échec manœuvres. V. Morestin-Bazy.	3 mois après : Fait sa toilette et mange.
SPENCER. — 1908.	?	3 mois 1/2.	Sa méthode.	Des plus satisfaisants ?

Quels sont, en résumé, les résultats?

Ils ne sont pas extraordinaires, même s'ils sont satisfaisants. Et il semble que ceux obtenus dans les deux observations inédites soient bien meilleurs. Cependant, il est difficile de juger du résultat sans avoir un aperçu de la situation antérieure à l'opération, car cette situation même peut varier beaucoup suivant l'adaptation des malades à leur luxation. Et une amélioration opératoire ne doit correspondre qu'à une amélioration sensible sur les mouvements adaptés.

Pour nos malades, connaissant parfaitement leur état avant l'opération, il nous est plus facile de juger des résultats obtenus.

Bons du point de vue opératoire, meilleurs que les autres, puisqu'ils n'ont pas laissé de séquelles, atrophiques ou paralytiques, sinon douloureuses, ils sont malgré tout médiocres, puisque dans les deux cas nous ne pouvons constater qu'une récupération des mouvements possibles avec la néarthrose de l'articulation luxée.

CONCLUSIONS

Si tant est que nous puissions tirer des conclusions de cette modeste étude, nous sommes amené à dire que :

I. — La luxation ancienne de l'épaule devient et deviendra de plus en plus rare.

II. — Si, malgré tout, on se trouve en présence de l'un de ces cas, la première chose à faire est d'apprécier l'état actuel du malade. S'il est satisfaisant, l'abstention sera la meilleure ligne de conduite.

III. — Seule une luxation ancienne, douloureuse ou avec un mauvais résultat fonctionnel, autorise à intervenir.

IV. — Des deux méthodes, résection et reposition, celle-ci mérite d'être souvent essayée, d'abord parce que les techniques actuelles évitent mieux les arthrites suppurées d'autrefois et ensuite parce que ces accidents infectieux évités, la reposition sanglante peut être une opération d'essai permettant par la suite une résection.

V. — L'essentiel de cette reposition est d'utiliser une large voie d'accès, telle la voie de Morestin-Bazy, qui, en sectionnant la coracoïde, supprime le principal obstacle à l'accès de la tête humérale.

VI. — Les résultats que nous avons pu recueillir restent médiocres au point de vue fonctionnel. Ils ont surtout un intérêt anatomique et chirurgical quant à la possibilité de reposition, même dans une luxation ancienne datant de longtemps.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 5 avril 1932.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

DUPONT.

BIBLIOGRAPHIE

- AMABILIS. — Contribution à l'étude du traitement sanglant des luxations anciennes de l'épaule. Thèse de Paris, 1929-1921.
- AMSON. — Thèse de Strasbourg, 1898.
- ANDRE. — De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de l'épaule. Thèse de Paris, 1902-1903.
- BARDENHEUR. — Des luxations, 1889, p. 355.
- BATTUT. — *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Drôme*, Valence. Paris, 1907, VIII, p. 61.
- BAZY (P.). — Luxation de l'épaule droite datant de soixante-deux jours, réduite par la mobilisation et la traction simple sous chloroforme. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1915, p. 734.
- BAZY (L.). — *Journal de chirurgie*, t. XXI, 1923, p. 145.
- Congrès français de chirurgie, 1910-1911, p. 897, Paris.
- BICHAT. — *Journal de chirurgie* (Desault), Paris, 1792.
- BROCA. — Une fausse articulation consécutive à une luxation de l'épaule non réduite. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. XXII, 1847, p. 101.
- BROCA et HARTMANN. — Contribution à l'étude des luxations de l'épaule, luxations anciennes et récidivantes. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1890, p. 312.
- CASTEX. — De la rupture des adhérences dans les luxations anciennes de l'épaule. *Revue de chirurgie*, Paris, 1888, VIII, p. 839.
- CATTANEO. — Shoulder dislocations habitual treated by operation with artificial ligament-cases. *Clin. chir. N. Y.*, 1929, août, p. 1197, 1209.
- COSTER. — Réduction par la méthode de Mothes. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1853, XI, p. 513-520.

- CEFFI. — De la réduction des luxations de l'épaule invétérées. Paris, *Revue de chirurgie*, 1892, p. 827-842.
- DELBET. — Luxation ancienne et récidivante de l'épaule. *Bull. de Soc. de Chirurgie; Arch. Journ. de méd.*, 1893, p. 19 et 144.
- Congrès français de chirurgie, 1893.
- *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1900.
- *Revue gén. de clin. et thérapeut.*, Paris, 1916.
- DESMOUD. — Arthrotomie dans les luxations antéro-internes de l'épaule. Congrès français de chirurgie, 1897, p. 710.
- DRIOUT. — Anesthésie dans les luxations irréductibles de l'épaule. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1909, XII, p. 187.
- DROUIN. — Luxation ancienne du bras et luxation contestées. *Bull. de Soc. de chir. de Paris*, 1851, p. 827.
- DURET. — Cause d'irréductibilité dans les luxations de l'épaule. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1889, p. 265.
- ENGEL. — Réduction sanglante des grandes articulations. *Arch. j. Klin. Chir.*, Bd. 2, X, p. 603.
- FARABEUF. — Précis de manuel opératoire, 1895.
- FLAUBAT. — Répertoire d'anatomie et physiologie, 1827.
- KOCHER. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1890, p. 483.
- LECÈNE et LE RICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. I, *Journal de chirurgie*, t. XXI, 1923, p. 145.
- LEGROS. — Thèse de Bordeaux, 1897.
- MAGNEN. — Observations de luxations scapulo-humérales anciennes. *Ann. de méd. belge*, Bruxelles, 1836, p. 304.
- MORESTIN. — Chirurgie générale de l'articulation. Congrès français de chirurgie, Paris, 1911, p. 897.
- NÉLATON. — Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de l'épaule. *Arch. Journ. de méd.*, 1888, t. XXI, p. 462.
- OLLIER. — Traité de résection, t. I et t. II.
- PARRAS. — Article « Epaule », in *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*.
- RAIS. — Thèse Paris, 1909-1910.
- RICARD. — Traité des luxations anciennes. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1896, t. XIX, p. 681.
- RICHELOT. — Luxation de l'épaule gauche. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1896, XII, 759-761.

- ROBSON (A. W.). — The operative treatment of dislocations irreducible by ordinary means. *Lancet*, Londres, 1890, p. 172.
- SCHLANGUE (de Hanovre). — XXXIX^e Congrès de chirurgie de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 1910.
- THIERRY. — Du traitement des luxations anciennes, en particulier du traitement sanglant. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1891, t. XIX, p. 1249.

